

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmgade 10-12  
1216 København K

im@im.dk

DANSKE  
REGIONER



23-03-2011  
Sag nr. 07/513  
Dokumentnr. x/11

### **Høringssvar vedrørende ændring af lov om regionernes finansiering (kommunal medfinansiering)**

Danske Regioner fremsender hermed svar vedr. høring over forslag til ændring af lov om regionernes finansiering (ændret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet).

Danske Regioner er enige i, at forebyggelse er en vigtig del af sundhedsvæsenet, og bakker helhjertet op om ønsket om en mere effektiv kommunal forebyggelse. En helt grundlæggende forudsætning for at opnå dette er mere systematisk viden om, hvad kommunerne gør i dag, og hvilke indsatser der rent faktisk virker reelt forebyggende i forhold til behandlinger i sundhedsvæsenet. Lovforslaget indeholder ikke initiativer i den retning.

Lovforslaget ændrer ved incitamenter for såvel kommuner som regioner.

Danske Regioner finder grundlæggende, at incitamenterne for kommunerne er en sag mellem regeringen og KL. Danske Regioner understreger dog, at lovændringen ikke vil give kommunerne sikkerhed mod fremtidige ekstraregninger, tværtimod vil regningerne fremover blive dyrere end i dag, jf. nedenfor.

For regionerne harmonerer de ændrede incitamenter ikke med et større fokus på kvalitet frem for meraktivitet. Grundlæggende fremstår det uklart, hvordan forslaget er tiltænkt at virke ude på afdelingerne: Skal de fremover skele mere til, hvilken kommune patienterne kommer fra? Skal afdelingerne holde øje med, at de ikke laver flere behandlinger end forudsat, selv om de måtte have mulighed for det? Skal afdelingerne skele til, at der nu bliver højere refusion på visse behandlinger? Eller bør regionerne i stedet forsøge

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

at skærme afdelingerne for ændringerne og søge at ignorere de nye incitamenter? Virkningen for regionerne er uddybet nedenfor.

Side 2

Der er mulighed for at lave alternative modeller, som giver større budget-sikkerhed for kommunerne, men også modeller som bevarer ændringen for kommunerne uden at ændre incitamenterne for regionerne. En skitse til sådanne modeller er vedlagt i bilag 1.

Samlet set kan man frygte, at lovforslaget og de højere ekstraregninger vil skabe flere konflikter mellem regioner og kommuner, og alt for mange ufrugtbare diskussioner om regningernes størrelse, og hvilke behandlinger der i konkrete tilfælde er gennemført på sygehusene. I stedet er der brug for mere samarbejde om udviklingen af den forebyggende indsats og tilrettelæggelse af indsatsen for patienterne, når de ikke opholder sig på sygehusene. Regionerne har den allerstørste interesse i udviklingen af dette samarbejde som den primære myndighed og hovedbetaler på sundhedsområdet.

### ***1. Bemærkninger vedrørende virkningen i kommunerne***

Danske Regioner har noteret sig, at KL og regeringen ønsker en højere aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering, og at dette skulle give kommunerne et bedre incitament til forebyggelse.

Danske Regioner er enige i, at økonomiske incitamenter kan medvirke til at fremme en ønsket udvikling i relationen mellem stat og regioner/kommuner, men det forudsætter, at der er tilstrækkelig viden om, hvilke indsatser der fremmer denne udvikling. Det er uklart for Danske Regioner, om kommunerne føler sig på sikker grund på dette område.

Danske Regioner skal dog i relation til virkningen i kommunerne understrege følgende:

1. Lovforslaget indeholder ingen sikkerhed for at kommunerne fremover får færre ekstraregninger. Tværtimod vil regningerne fremover blive ca. 65 procent dyrere, som følge af at "stykpriserne" på behandling stiger. Det vil give øget budgetusikkerhed i kommunerne. Hvis lovforslaget havde virket i 2010, har Danske Regioner beregnet, at der ville have været kommunale merudgifter på 220 millioner kroner, som ville have tilfaldet staten, jf. notat på [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk).
2. Konstruktionen i loven giver ikke mulighed for at konvertere den aktivitetsafhængige medfinansiering til forebyggelsesudgifter, jf.

eksempel nedenfor. Der er således alene tale om incitamenter til at anvende de midler, der allerede i dag anvendes, på en mere effektiv måde. Det fremgår allerede i lovbemærkningerne, at der ikke er tale om en ”finansieringsmekanisme”; men dette bør uddybes for at undgå misforståelser.

***Eksempel på at medfinansiering ikke kan konverteres til driftsudgifter***

Øgede kommunale udgifter til forebyggelse → Behandlingsbehov i regionerne falder → Lavere kommunale udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering (alt andet lige) → Lavere skøn over udgifter til medfinansiering i økonomiforhandlingerne mellem regeringen og KL → Tilsvarende lavere bloktilskud til kommunerne.

3. Den eneste måde som kommunerne kan opnå en gevinst på området er ved at blive mere effektive end de øvrige kommuner. Kommuner der derimod klarer sig dårligere end gennemsnittet vil tabe penge på omlægningen på sigt. Sådan er det allerede i dag, men det vil blive forstærket ved en højere aktivitetsafhængig medfinansiering.

Danske Regioner skal understrege, at det som kommunerne oplever som ekstraregninger, som oftest afspejler en positiv udvikling i sundhedsvæsenet, idet de skyldes flere behandlinger end forudsat i økonomiaftalerne, dvs. mere sundhed for pengene.

Samtidig er ekstraregningerne en naturlig del af et sundhedsvæsen, der udvikler sig dynamisk, og uden at skele til hvilken kommune patienterne kommer fra. Dette kan blandt andet dokumenteres, ved at regionernes aktivitetsvækst varierer indbyrdes over årene, samt at der i de enkelte år er betydelig variation mellem kommunerne. Begge disse forhold giver sig udslag i ekstraregninger i kommunerne.

## ***2. Bemærkninger vedrørende virkningen i regionerne***

Den kommunale medfinansiering fungerer som en refusionsordning i regionerne. Omlægningen indebærer, at refusionen ændres fra, at der i dag er 30 procent refusion på ca. 15 procent af kontakterne i sygehusvæsenet, til at der fremover vil blive 34 procent refusion på over 80 procent af kontakterne (på resten af kontakterne er refusionen lavere). I praksis betyder omlægningen f.eks., at det bliver muligt at hente op til 1.370 kroner for et ambulantly besøg i kommunal medfinansiering mod de nuværende 329 kroner.

Den højere refusion i regionerne indebærer følgende problemer:

- a) Der har historisk været styringsmæssige problemer knyttet til refusionsordninger på velfærdsområderne, og modellen kan således give negative styringsmæssige konsekvenser i regionerne. Det fremgår ikke af lovforslaget, hvordan afdelingerne og regionerne skal forholde sig til disse ændrede incitament. Lovforslaget kan teoretisk set både give anledning til overvejelser om højere refusion på visse behandlinger, samt et større fokus på hvilke kommuner, patienterne kommer fra.
- b) For at afbøde de negative konsekvenser i regionerne, opererer lovforslaget med en grænse for regionernes indtægter fra den kommunale medfinansiering. Indtægtsgrænsen er formuleret så det må antages at have følgende virkninger: Den halvdel af regionerne der har højere aktivitet end gennemsnittet (relativt til bloktilskuddet) mister fremover kommunal medfinansiering, hvis de opretholder deres høje produktivetsniveau. Den anden halvdel, som har lavere aktivitet end gennemsnittet, vil slet ikke opleve loftet, men derimod nyde godt af den fulde refusionsforhøjelse fra kommunerne.
- c) Hertil kommer, at der ikke i lovforslaget er sat en tilsvarende grænse for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering. Det betyder, at de fortsat vil opleve ekstraregninger, jf. de dokumenterede udsving og den historiske merproduktion ovenfor. Men disse ekstraregninger vil fremover gå i statskassen. Regionerne vil således komme til at fungere som skatteopkrævere i kommunerne på statens vegne.
- d) Man kan frygte, at indtægtsgrænsen vil blive oplevet som en begrænsning i regionerne i forhold til at forsøge at skabe så mange behandlinger som muligt inden for den aftalte økonomiske ramme. Det fremgår således i materiale udleveret af ministeriet, at regionerne skal "afstemme aktiviteten i forhold til det forudsatte i aftalerne". Og indenrigs- og sundhedsministeren har udtalt at "lovforslaget er et signal om at regionerne ikke skal behandle mere end aftalt" Dette pres vil også komme fra de kommuner, som fremover oplever større ekstraregninger.

Det vil være stærkt uheldigt, hvis regionerne fremover skal søge at begrænse antallet af behandlinger, udover hvad der følger af almindelige hensyn til budgetoverholdelse. I praksis ville det i 2010 have betydet at antallet af patientkontakter skulle have været ca. 3½ procent lavere, uanset at regionerne

”kun” overskred budgetterne med ca. ¼ procent. Det er uklart hvilke patienter, der i givet fald ikke skulle have været behandlet.

Side 5

Endvidere er det uklart i hvilket omfang det overhovedet kan lade sig gøre at begrænse aktiviteten med de nuværende patientrettigheder i forhold til behandling. Regionerne kan ikke styre aktiviteten så præcist, som der lagt op til. Hvis det ønskes, at regionerne skal styre mod en specifik aktivitetsvækst i de enkelte år, er der behov for at etablere bedre styringsredskaber.

Grænsen lægger generelt op til et mindre fleksibelt og mere individuelt fokus i de enkelte regioner i forhold til økonomiaftalens forudsætninger. Denne problemstilling har også været adresseret i forbindelse med aktivitetspuljen, hvor regionerne har problematiseret, at der skal opnås et givent aktivitetsniveau for at opnå fuld finansiering af sundhedstilbuddet i regionen, selvom denne aktivitet ikke giver mening behandlingsmæssigt eller økonomisk i det pågældende år.

### **3. Øvrige bemærkninger**

(e) *Finansieringsusikkerheden i regionerne bliver øget, når den aktivitetsafhængige finansiering bliver øget.*

En højere aktivitetsafhængig medfinansiering betyder uvægerligt større budgetusikkerhed i regionerne.

(f) *Psykiatrien og praksis er udeladt af modellen*

Modellen ændrer kun lofter og afregningssatser for speciallæger og somatisk sygehusaktivitet. Det kan undre, at der ikke er behov for en øget forebyggelse overfor psykiatriske patienter eller patienter, der bruger den øvrige praksissektor.

(g) *Uklarhed om udmøntning af den kommunale medfinansiering*

Det er uklart, hvordan beregningen af den kommunale medfinansiering og loftet for regionerne fremover bliver udmøntet i teknisk henseende. Hidtil har der været et tal for den kommunale medfinansiering i årets økonomiaftale, men dette skøn er blevet justeret i løbet af det pågældende år. Hvilket niveau skal loftet sigte mod, og hvordan bliver ændringer i forudsætninger forårsaget af teknik efter indgåelse af økonomiaftalerne håndteret? Det giver lovforslaget eller bemærkningerne ikke svar på. Faren er, at teknikken gør den kommunale medfinansiering endnu mere uoverskuelig og øger bureaukratiet omkring regionernes finansiering.

*(h) Henvisning til udvalg på trods af manglende afrapportering*

I bemærkningerne til lovforslaget er der referencer til det udvalg, der var nedsat vedrørende kommunal medfinansiering, og at der står blandt andet, at udvalget fremsatte en samlet vurdering.

Danske Regioner vedkender sig at have deltaget i udvalgs møder, og drøftet de fremlagte analyser vedrørende en ændring af den kommunale medfinansiering. Udvalgsarbejdet er imidlertid aldrig blevet afsluttet, og udvalget har aldrig afrapporteret i en skriftlig rapport.

Det er derfor Danske Regioners opfattelse, at der ikke kan refereres til en samlet vurdering fra udvalgets side, og at vurderingerne i bemærkningerne til lovforslaget udelukkende må stå for Indenrigs- og Sundhedsministeriets regning.

Med forbehold for bestyrelsens endelige godkendelse.

Med venlig hilsen

Kristian Heunicke

Det er muligt at ændre den kommunale medfinansiering, med de samme konsekvenser for kommunerne som i lovforslaget, men uden at ændre incitamenterne for regionerne. Herudover kan der overvejes løsninger, som i højere grad end lovforslaget, tilgodeser kommunernes ønske om større budgetsikkerhed.

Der kan umiddelbart opstilles følgende alternative modeller:

*Model A: Afregning af kommunal medfinansiering vedrører udelukkende kommune og stat*

Den kommunale medfinansiering (både grundbidrag og aktivitetsafhængigt bidrag) gøres udelukkende til et mellemværende mellem kommunerne og staten. Regionerne modtager i stedet et tilsvarende større bloktilskud. Byrdefordelmæssige konsekvenser afbødes som i lovforslaget.

I og med at den kommunale medfinansiering fremover udelukkende gøres til et mellemværende mellem kommunerne og staten kan der lettere aftales løbende justeringer af modellen, hvis de to parter eksempelvis i fremtiden ønsker særligt at understøtte specifikke indsatser med dokumenteret effekt (sådanne ændringer vil kunne gennemføres uden byrdefordelmæssige konsekvenser for regionerne).

*Model B: Afskaffelse af grundbidraget og ændring af udbetalingsvilkår for det forhøjede aktivitetsafhængige tilskud*

Det kommunale grundbidrag afskaffes og erstattes i kommunerne af et højere aktivitetsafhængigt bidrag. Dette udbetales imidlertid ikke til regionerne på samme måde som det opkræves i kommunerne, men det samlede beløb konverteres i stedet til et bloktilskudslignende tilskud, der fordeles på alle regioner. Staten foretager denne konvertering som led i de årlige økonomiforhandlinger. Modellen er uddybet nedenfor.

*Model C: Loft på de enkelte kommuners medfinansiering (fuld budgetsikkerhed)*

For at sikre størst mulig budgetsikkerhed i kommunerne kan der overvejes et loft på de enkelte kommuners medfinansiering til regionen. Det kunne således sikres, at kommunernes udgifter til medfinansiering ikke oversteg for eksempel sidste års niveau + 2 procent. Det ville stadig være muligt at opnå lavere medfinansiering f.eks. ved en mere effektiv forebyggelse.

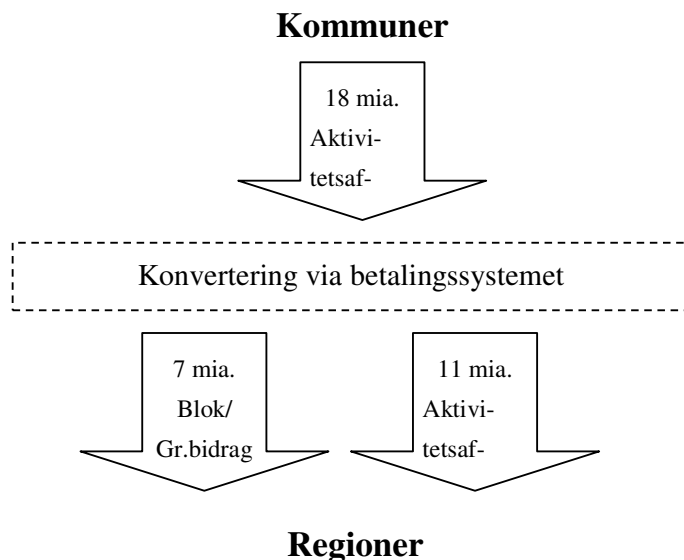
Modellen kan indføres uanset omfanget og procentsatserne for den kommunale medfinansiering, dvs. den kan indarbejdes både i lovforslaget, samt i model A og B. Afhængigt af loftets placering, kunne der opstå en finansieringsmanko i regionerne. Denne kunne håndteres ved at staten overtager finansieringsansvaret, når loftet er overskredet i den enkelte region eller ved at der skønnes over denne manko i forbindelse med økonomiforhandlingerne.

***Uddybning af model B: Afskaffelse af grundbidraget og ændring af udbetalingsvilkår for det forhøjede aktivitetsafhængige tilskud***

Det kommunale grundbidrag afskaffes og erstattes i kommunerne af, at det aktivitetsafhængige bidrag bliver tilsvarende højere. Den højere aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering bliver imidlertid ikke udbetalt til regionerne, som det opkræves i kommunerne. Hermed undgås det, at regionerne får en refusion på 34 procent på over 80 procent af behandlingerne, som det ellers er tilfældet i lovforslaget.

Regionerne modtager således fremover den almindelige aktivitetsafhængige finansiering (som i dag), mens den forhøjede aktivitetsafhængige medfinansiering udbetales i form af et særligt tilskud. Det særlige tilskud kan enten udformes så det ligner grundbidraget (som i dag) eller som et ekstra bloktilskud (hvorved der opstår byrdefordelmæssige konsekvenser som bør afbødes).

Modellen kan skitseres som følger:





Såfremt der ønskes en endnu mindre aktivitetsafhængig medfinansiering i kommunerne – og dermed en endnu lavere refusionsprocent – kan der justeres på vægtene, således at en større andel af medfinansieringen udbetales til regionerne som blok/grundbidrag.

*Hvis der opstår en difference?*

Modellen indebærer at der kan opstå en forskel mellem det beløb som opkræves i kommunerne som aktivitetsafhængigt tilskud, og det som ifølge økonomiaftalen skal udbetales til regionerne som bloktilskud/grundbidrag.

Dette vil være tilfældet, f.eks. hvis regionerne bliver mere produktive eller øger deres aktivitet mere end forudsat. Dette har historisk set været tilfældet i 2007, 2009 og 2010.

Differencen kan håndteres på flere måder. En mulighed kunne være at udbetale den til regionerne med henblik på sammen med kommunerne at skulle aftale den nærmere anvendelse. Midlerne kunne således gå til særlige initiativer i regionerne eller øget forebyggelse i kommunerne.

Der kan ligeledes opstå en negativ difference mellem indbetalingerne fra kommunerne og udbetalingen til regionerne. Dette er hidtil kun sket i 2008 pga. strejken. Såfremt situationen opstår igen, kunne differencen f.eks. dækkes ind ved efterfølgende overskud i de kommunale betalinger, eller ved efterregulering af det regionale bloktilskud.

Modellen giver – lige som lovforslaget – ikke større budgetsikkerhed for kommunerne end i dag. Modellen kan imidlertid kombineres med et loft for de enkelte kommuners ”ekstraregninger”, jf. model C. I givet fald vil der – afhængigt af den nærmere udformning – formentlig ikke opstå en difference som ovenfor beskrevet.